

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2026

Oświadczam, iż w dniu przystąpienia do Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2026, jestem zameldowana/y i zamieszkuję na terenie gminy

WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2025

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że uzyskałam/em informacje dotyczące Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2026 oraz otrzymałam/em wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma/y faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny.

Oświadczam, że zostałam/am szczegółowo poinformowany/a o celach, metodzie, możliwych skutkach ubocznych oraz ryzyku związanym z przeprowadzeniem szczepienia. Zostałam/am zapoznany/a z aktualnymi zaleceniami dotyczącymi szczepień oraz otrzymałam/am odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące procedury. Zdaję sobie sprawę, że szczepienie może wiązać się z pewnym ryzykiem działań niepożądanych, które są jednak zazwyczaj rzadkie i krótkotrwałe. W pełni świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie szczepienia i zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń i wskazówek lekarza w związku z tym zabiegiem

Przez podpisanie zgody na udział nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymałam/em kopię niniejszego załącznika opatrzoną podpisem i datą.

<u>DATA</u>	<u>IMIĘ I NAZWISKO</u>	<u>PODPIS</u>

OŚWIADCZENIE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2026

Oświadczam, że Uczestniczce / Uczestnikowi przekazano zasady udziału w programie oraz informacje o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału w ww. programie.

<u>DATA</u>	<u>PODPIS I PIECZĄTKA OSOBY REPREZENTUJĄCEJ REALIZATORA PROGRAMU</u>